

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR LE



DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien Edmond LOUAINIER

Né le 23 Juin 1888 à Paris

DE LA

COEXISTENCE DE L'APPENDICITE

AVEC LA

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

8

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

8

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien Edmond LOUAINIER

Né le 23 Juin 1888 à Paris

DE LA
COEXISTENCE DE L'APPENDICITE
AVEC LA
GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale.	N
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MAHFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique de propédeutique.	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LERÉBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GULLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE

*tendrement aimée, faible témoignage
de ma filiale reconnaissance.*

A MA SŒUR

*toute dévouée, soutien fidèle de ma
vie d'étudiant.*

A TOUS CEUX QUI SE SONT INTÉRESSÉS A MOI
ET M'ONT FACILITÉ MA LOURDE TACHE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique

*en hommage de ma profonde sym-
thie et en remerciement pour avoir
bien voulu accepter la présidence
de ma thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes
Professeur de Clinique médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONNIET

Professeur de Clinique chirurgicale à Rennes

*qui ont avec bienveillance dirigé mes
premiers pas dans le chemin des
études médicales.*

MONSIEUR LE DOCTEUR OETTINGER

Médecin des hôpitaux (Cochin)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique d'Accouchement (Tarnier)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires (Necker)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance
(Enfants-Malades)

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY

Chirurgien des hôpitaux (Laënnec)

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans les hôpitaux, nous avons eu l'occasion, une fois, d'observer un cas de coexistence de grossesse extra-utérine et d'appendicite.

Les difficultés du diagnostic, la possibilité de relations anatomiques expliquant cette coexistence, l'aggravation du pronostic qu'elle entraîne, enfin, les difficultés relatives de l'intervention chirurgicale nous ont été un motif de rechercher les cas semblables, et d'en relever les similitudes ou les distinctions.

C'est le résultat de ces recherches qui fait l'objet de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Si la coexistence possible de l'appendicite avec la grossesse normale, intra-utérine, est connue et étudiée depuis fort longtemps, on ne peut au contraire, remonter très loin dans la littérature médicale, pour trouver les premières notions de la possibilité de coexistence de la grossesse ectopique avec l'appendicite, ou même le simple diagnostic, (et nous verrons combien il peut être délicat) entre ces deux affections.

L'attention, en effet, ne semble guère avoir été attirée sur cette coexistence, avant 1902. A cette date, une discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, d'une part, à la Société de Chirurgie d'autre part, discussion à laquelle participent surtout MM. Potherat, Pinard, Legueu, met la question en lumière.

Aguinet en 1902, Fesq en 1912, consacrent leurs thèses aux erreurs de diagnostic entre l'appendicite et la grossesse ectopique ou l'hématocèle.

Bonifari à Lausanne, en 1912, réserve à l'appendicite un notable chapitre de sa thèse : Des causes d'erreur dans le diagnostic des grossesses extra-utérines.

Mais la coexistence ne nous semble avoir été signalée, pour la première fois en France, qu'en 1903 au Congrès français de Chirurgie, où Témoin, de Bourges, apporte deux observations de coexistence sur lesquelles nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir au cours de ce travail.

Pellet dans sa thèse (Lyon 1908) rassemble et analyse les observations de Barnsby de Tours, de Tixier, de Sutter, de Témoin, de Coyne et Boursier, de Bilhart, de Gilhol.

Enfin M. Félix Legueu, dans la *Gynécologie* (mai 1911) publie les résultats de ses recherches sur l'anatomie pathologique d'appendices enlevés systématiquement au cours d'interventions portant sur l'utérus et les annexes.

Parmi les cas qu'il rapporte, nous relevons quatre interventions pratiquées pour grossesses ectopiques. Sur les quatre appendices enlevés au cours de ces interventions, trois présentaient nettement des lésions d'appendicite chronique.

CHAPITRE II

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme N., âgée de 27 ans, vient consulter le 8 juin 1920 pour des douleurs abdominales apparues depuis une huitaine de jours, et d'intensité de plus en plus marquée.

Précédant ces douleurs de quelques jours, étaient apparus des vomissements qui persistent encore à l'heure actuelle. Ces vomissements surviennent irrégulièrement tous les deux ou trois jours, parfois plusieurs fois dans la même journée. Ils ne semblent pas en rapport constant avec l'ingestion d'aliments.

Plus rarement, la malade présente seulement un état nauséeux peu prolongé, et n'aboutissant pas au vomissement.

La malade ne va actuellement à la selle que tous les deux ou trois jours, mais ce symptôme présente peu de valeur, la constipation étant habituelle chez elle.

Antécédents. — Femme n'ayant jamais eu d'enfants.

Assez mal réglée surtout depuis 2 ans. Règles irrégulières, souvent douloureuses.

A eu voilà cinq ans une crise abdominale qu'elle compare à sa crise actuelle, et pour laquelle un médecin appelé a posé le diagnostic d'appendicite, crise qui a d'ailleurs cédé facilement au repos, à la diète et à l'application de glace.

Depuis ce temps, elle se plaignait assez fréquemment, et surtout au moment de ses règles, de douleurs dans la fosse iliaque droite, mais ces douleurs, en général, étaient passagères et peu marquées.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 50 ans d'une maladie de cœur. Père actuellement vivant et bien portant. Deux sœurs dont une mariée ayant deux enfants.

Examen. — Ventre légèrement ballonné avec mouvements respiratoires un peu moins marqués à droite qu'à gauche.

Tout le côté gauche de l'abdomen est souple. La palpation profonde de la fosse iliaque gauche ne réveille aucune douleur à droite (manœuvre de Rowsing).

La région épigastrique est légèrement sensible à la pression.

Au niveau de la fosse iliaque droite, on note une contracture musculaire nette. Toute cette fosse iliaque est douloureuse à la palpation et le point maximum de la douleur paraît être un peu au-dessous du point classique de Mac Burney.

La palpation profonde, juste au-dessus de l'arcade

crurale droite provoque d'ailleurs une réaction douloureuse vive.

Ces douleurs, tant spontanées que provoquées, irradient vers le périnée et la cuisse droite.

Il n'existe pas de plastron. On ne perçoit à la palpation aucune masse, aucune tuméfaction. Toute la fosse iliaque est à la percussion d'une sonorité normale.

On procède alors au toucher vaginal : Les doigts, suivant la paroi antérieure du vagin, arrivent facilement sur le col qui apparaît dévié assez fortement en avant et surtout à gauche. Il semble un peu moins mobile que normalement.

Au niveau du cul-de-sac latéral droit, on sent une masse assez diffuse qui fait légèrement saillie dans le vagin et empiète en arrière sur la partie droite du cul-de-sac postérieur de Douglas.

Cette masse est difficilement limitable et donne l'impression davantage d'un empâtement que d'une tumeur.

Cependant, par le palper combiné au toucher, les impulsions communiquées à cette masse par le doigt vaginal sont perçues par la main abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, et réciproquement.

La consistance de cette masse n'est pas régulière. Assez ferme en avant, elle semble au contraire plus molle, presque fluctuante, kystique, à sa partie la plus postérieure.

Enfin, cette masse, peu mobilisable, n'est pas séparée nettement du corps de l'utérus, dont le fond légèrement

dévié à gauche est perceptible à deux travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne.

En présence des résultats fournis par l'examen, on revient alors sur l'interrogatoire de la malade, à laquelle on demande de préciser quelques points :

Ses dernières règles datent de sept semaines, durèrent quatre jours et furent douloureuses. Mais nous avons déjà dit que la malade était mal réglée. Elle avait assez fréquemment des retards de plusieurs semaines et ses règles étaient souvent douloureuses avant et au moment de leur apparition.

L'examen des seins les montre normalement pigmentés. L'expression ne fait sourdre du mamelon aucun liquide. On remarque seulement dans la zone aréolaire, la saillie de quelques tubercules de Montgomery.

La température est de 38°.

Le pouls est à 100.

Après discussion des diagnostics possibles, discussion sur laquelle nous reviendrons plus loin, on retient surtout la possibilité d'une grossesse extra-utérine, et l'intervention est décidée.

Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture de la paroi, on découvre, à droite de l'utérus qu'elle repousse assez fortement à gauche, une masse brunâtre, bleutée par places, d'aspect kystique, et réunie aux organes voisins par d'assez nombreuses adhérences. Cette masse, qui, à première vue, paraît nettement annexielle, est pelvienne dans presque sa totalité, mais elle se continue par un feutrage d'adhérences, jusqu'au pôle inférieur du cœcum.

Ce cœcum, en position basse, est littéralement encauchonné par les adhérences d'où émerge sur la face antérieure un appendice assez gros, renflé à son extrémité qui est rouge, congestionnée.

Seule, l'extrémité apparaît libre, tout le reste de l'appendice étant rattaché plus ou moins intimement au cœcum par des adhérences.

L'opération est alors menée en deux temps :

1^o **Appendicectomie.**

Assez difficile par suite :

des adhérences ;

de la laparotomie *médiane* ;

de l'hémorragie en nappe, assez légère mais gênante, due à la rupture des adhérences.

Ligature du méso appendice. Ligature de la base de l'appendice qu'on sectionne au thermocautère, après protection de l'intestin et organes voisins par des compresses imbibées de sérum chaud.

Enfouissement du moignon de l'appendice par un surjet en bourse au catgut.

2^o **Salpingectomie.**

Après libération des annexes droites et isolement difficile de la poche tubaire qui est adhérente surtout en arrière et à droite, excision, entre ligatures, de la trompe et de l'ovaire.

Pendant cette manœuvre, la poche mince et friable dans certains endroits, se rompt, laissant couler dans l'abdomen un liquide brunâtre, mélangé de sang, que l'on éponge aussitôt.

L'utérus, de même que les annexes gauches paraissent normaux et sains et sont laissés en place.

Péritonisation rapide au niveau des annexes enlevées.

Fermeture de la paroi en trois plans : séreux, aponévrotique, cutané. Guérison.

CHAPITRE III

1^o INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'APPENDICE

On connaît la fréquence relative et le fâcheux pronostic de l'infection appendiculaire au cours de la grossesse normale intra-utérine :

Sans parler des rapports anatomiques de la région appendiculaire et de la région pelvienne, ni des connexions physiologiques depuis longtemps connues encore que diversement interprétées entre l'appendice et les organes pelviens (poussées congestives au niveau de l'appendice correspondant avec l'apparition des règles) il n'est plus besoin de démontrer le rôle de la stase intestinale, si fréquente au cours de la grossesse, et qui, en même temps qu'elle, peut créer un milieu de moindre résistance, va favoriser d'autre part la multiplication de la flore intestinale et exalter tout particulièrement la virulence du colibacille. Et « l'appendicite apparaît chez la femme enceinte, à côté de la pyélonéphrite et des infections biliaires, comme une des localisations de la colibacillose ». (Chambrelent et Cathala).

Cause d'appendicite, la grossesse normale peut devenir une cause de complications de cette appendicite.

Dès 1897 Dieulafoy et Pinard émettaient cette opinion que « la grossesse aggraverait toujours la lésion appendiculaire et prédisposerait à la perforation et à la péritonite généralisée ».

Sans être tous aussi absolus, les auteurs actuels sont d'accord généralement que la moindre résistance de la femme en état de gestation, l'exaltation du colibacille, peut-être aussi quelques actions mécaniques, tiraillements de l'appendice, ruptures d'adhérences par suite du développement et de l'ascension de l'utérus gravide expliqueraient et justifieraient cette affirmation.

Ces mêmes causes favorisant l'appendicite en aggravant son évolution, persistent, plus renforcées encore, dans la grossesse extra-utérine, par le siège anormal de la tumeur fœtale.

La traversée intestinale peut être encore plus gênée par la tumeur annexielle que par l'utérus en position normale.

De plus, les rapports anatomiques plus voisins, (nous envisageons naturellement les grossesses ectopiques développées en un point des annexes du côté droit), les réactions du péritoine péri annexiel, pouvant se traduire par des adhérences tubo-appendiculaires, d'où danger plus grand de ruptures mécaniques de l'appendice, montrent que la fréquence et le pronostic de l'appendicite doivent être respectivement plus considérable et plus sévère au cours de la grossesse extra-utérine qu'au cours de la grossesse normale.

2° INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE

Tous les traités classiques mentionnent la répercussion fâcheuse de l'appendicite sur la grossesse normale, intra-utérine. La femme enceinte atteinte d'appendicite (et nous venons de voir que cette appendicite revêt souvent chez elle une forme grave ou compliquée) est susceptible de voir l'évolution de sa grossesse entravée — avortement prématuré — de mécanisme différemment interprété, mais dans lequel il semble bien que le principal rôle revienne à la « septicémie ou à la résorption de toxines coli-bacillaires » (Chambrement et Cathala).

De même, l'appendicite peut retentir fâcheusement sur l'évolution de la grossesse extra-utérine.

Il semble bien, d'abord, qu'on soit en droit de se demander si l'appendicite ne peut pas être une cause favorisant la grossesse ectopique.

L'appendicite chronique, les phénomènes péritonéaux qui en résultent, les brides, les adhérences qui peuvent gagner les annexes droites, surtout dans les cas de position basse de l'appendice, d'appendicites pelviennes, peuvent favoriser ou entraîner des coudures, des obstructions salpingiennes, et Pellet, dans sa thèse résout par l'affirmative cette question qu'il discute : savoir si, non toujours, mais dans quelques cas, l'appendicite n'est pas responsable de malformations acquises de la

trompe, qui viennent gêner la migration de l'œuf et déterminer la formation d'une grossesse extra-utérine.

A côté de cette influence étiologique, discutable encore que semblant logique et réelle dans quelques cas, l'appendicite peut aussi modifier ou compliquer l'évolution habituelle de la grossesse ectopique.

Sans insister sur l'avortement tubaire que l'appendicite peut favoriser au même titre et à un degré encore plus grand que l'avortement de la grossesse intra-utérine, c'est surtout comme cause de rupture de la poche et surtout comme point de départ d'infection de l'hématocèle que l'appendicite nous paraît jouer un rôle des plus néfastes.

Cause de rupture, s'expliquant par l'existence de péritonite plastique, d'adhérences, entraînant des tiraillements de la tumeur salpingienne, si fragile d'autre part qu'on peut presque dire que la rupture est l'aboutissant normal de la grossesse extra-utérine jeune.

Et nous voyons ainsi que peuvent se superposer par le même mécanisme, d'une part, la rupture de l'appendice préparée ou provoquée par la grossesse ectopique d'autre part, inversement la rupture tubaire déterminée ou favorisée par l'existence de l'appendicite.

Cause d'infection. — C'est ici, nous semble-t-il, que réside le gros danger de la coexistence de l'appendicite et de la grossesse ectopique. Car si la rupture en elle-même est un accident redoutable, ce n'est sans doute, étant donné la fréquence de la déchirure tubaire, que dans un nombre restreint de cas que l'appendicite peut en être rendue responsable.

Il en va tout autrement de l'infection et quelques auteurs ont pu dire qu'en présence d'une hématoécèle suppurée, il fallait toujours penser à la possibilité d'une appendicite.

En effet, à côté du terrain admirablement préparé pour êtreensemencé, qu'a créé l'hémorragie accompagnant l'avortement intra-péritonéal ou résultant plus souvent de la rupture de la trompe, l'appendicite pose et souvent dans un voisinage immédiat, son foyer d'infection. Foyer qui va pouvoir devenir le point de départ de toutes les complications septiques de l'hématoécèle, abcès péritonites localisées, péritonite généralisée.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ces notions à propos du pronostic.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Nous n'envisagerons ici que les grossesses extra-utérines jeunes, c'est-à-dire âgées de moins de quatre mois, et développées aux dépens des annexes du côté droit.

Les autres, ou plus vieilles, ou siégeant du côté gauche ne peuvent que tout à fait exceptionnellement prêter à confusion. Nous aurons cependant l'occasion de signaler des causes d'erreur dues à des grossesses ectopiques gauches.

L'étude de l'ensemble clinique et du diagnostic peut être divisée en deux parties :

En présence d'un syndrome orientant le diagnostic vers la possibilité d'une grossesse extra-utérine ou d'une appendicite, *'y a-t-il, ou non, coexistence des deux affections?*

A. — Cas de non coexistence

La grossesse extra-utérine se présente suivant un tableau clinique différent, suivant qu'elle est rompue ou non.

Non rompue, ses signes fonctionnels consistent surtout en : *douleurs* à siège bas, au-dessous du point de Mac Burney, mais irradiant fréquemment vers toute la fosse iliaque du côté correspondant ou du côté opposé, ou des deux côtés à la fois, vers le périnée, les lombes, les cuisses.

La constipation, généralement habituelle.

Des vomissements à caractères peu ou pas différents de ceux de la grossesse normale, sauf lorsqu'ils constituent un signe de réaction péritonéale.

La fièvre est inconstante. Généralement absente elle peut cependant exister, mais est alors peu élevée, dépassant rarement 38°.

En résumé, douleurs, constipation, vomissement et parfois fièvre, viennent constituer un tableau fonctionnel qui peut assez bien se superposer au tableau de l'appendicite chronique et plus spécialement aux formes pelviennes de l'appendicite.

Existe-t-il, en dehors de cet ensemble, des symptômes permettant de trancher le diagnostic ?

Les signes de grossesse : Apparents et suffisants en général pour trancher le différend lorsqu'il s'agit d'une grossesse déjà vieille (deux ou trois mois) ils n'apparaissent souvent que trop tardivement (pigmentation de la face, de l'abdomen, des mamelons, saillie des tubercules de Montgomery, écoulement de colostrum, etc., etc.).

Il ne faut pas oublier en effet que la grossesse ectopique est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus jeune, qu'une grossesse extra-utérine de trois semaines est par-

fois plus redoutable par ses conséquences possibles qu'une grossesse extra-utérine de huit mois.

Cependant un symptôme de grossesse, le plus important d'ailleurs en son sens absolu et le plus précoce, doit retenir notre attention, et mérite d'être discuté :

La suppression des règles. — L'arrêt des règles, chez une femme ordinairement bien réglée, est un des meilleurs signes de la grossesse au début, qu'elle soit intra ou extra-utérine.

Mais il faut savoir que la grossesse ectopique peut entraîner des accidents graves dès son début, alors qu'elle ne date guère que de deux ou trois semaines, parfois moins, c'est-à-dire à un âge où elle peut fort bien ne pas s'être encore manifestée par un arrêt menstruel (observation de Neild).

D'autre part, les pertes de sang que l'on peut assez souvent observer au début de la grossesse extra-utérine peuvent être assez abondantes, rarement il est vrai pour simuler l'écoulement cataménial.

Enfin, il y a nombre de femmes qui présentent des irrégularités de leurs époques depuis fort longtemps sinon depuis toujours, dysménorrhée ou de cause inconnue ou liée à des états pathologiques (anémie, tuberculose, cardiopathie, kystes de l'ovaire, salpingites, etc.).

Parmi ces états pathologiques on a depuis longtemps signalé l'appendicite, comme pouvant entraîner des anomalies de règles : douleurs, retards, irrégularités, etc.

Et l'on conçoit que dans ces conditions, la suppression des règles, symptôme qui à première vue apparaissait fort capable d'éclairer le diagnostic, et qui par ailleurs

a une si considérable importance, peut perdre dans beaucoup de cas une grosse partie de sa valeur et devenir d'une interprétation délicate.

Quant à *l'examen physique*, en montrant l'existence d'une masse souvent diffuse, dans la cavité pelvienne (nous envisageons naturellement les cas de grossesse ectopique droite) il permet d'éliminer la plupart du temps les appendicites autres que les appendicites pelviennes, mais n'exclut pas la possibilité de coexistence des deux affections.

Notons d'ailleurs que dans la plupart des cas, la confusion d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire avec une grossesse tubaire peut être évitée, si l'on oppose aux signes de suppuration de l'appendicite, (frissons, température oscillante, etc.), la torpidité relative des phénomènes généraux qui accompagnent la grossesse tubaire non rompue.

En résumé, dans les cas les plus fréquents, le diagnostic de la grossesse ectopique non compliquée et surtout non rompue, ne se pose guère qu'avec l'appendicite pelvienne sans abcès (ou avant son stade possible de suppuration) tout en faisant des réserves pour la coexistence, toujours possible des deux affections.

Rompue, la grossesse ectopique va se présenter suivant un tableau tout différent et qui va pouvoir encore prêter à confusion avec l'appendicite.

Mais alors que dans la grossesse extra-utérine pure, non compliquée, le diagnostic se posait surtout avec

l'appendicite chronique, c'est surtout avec *l'appendicite aiguë* que l'hématocèle va prêter à confusion.

On sait que la rupture tubaire peut en clinique se manifester sous trois grandes formes, (d'ailleurs schématiques et comportant entre elles tous les intermédiaires).

Hématocèle cataclysmique.

Hématocèle d'intensité moyenne.

Hématocèle silencieuse.

1° Hématocèle cataclysmique. — C'est la description classique que l'on trouve dans tous les livres : la femme, ayant ou non la notion de sa grossesse, qui est prise brutalement, sans prodromes, chez elle, dans la rue, en vaquant à ses occupations, d'une sensation atroce de déchirure dans le ventre, douleur en coup de poignard qui la terrasse et s'accompagne le plus souvent de syncope.

Le facies est grippé d'emblée, pâle, devenant rapidement cireux.

Les extrémités sont froides, blanches.

Le pouls file.

La température est normale ou au-dessous de la normale.

C'est, dans toute sa brièveté dramatique, le tableau de l'hématocèle cataclysmique de Barnes tableau de la grande inondation péritonéale, pouvant entraîner la mort en quelques minutes.

Cet ensemble ne prête guère à confusion avec l'appendicite. La rapidité de son évolution, l'intensité des signes de shock et surtout des signes d'hémorragie interne

suffisent en général à éliminer le diagnostic de l'appendicite même dans ses formes les plus dramatiques (appendicite perforante) et nous n'y insisterons pas.

2° *Hématocèle d'intensité moyenne.* — Bien que survenant en général à un âge plus avancé de la grossesse, (3^e mois surtout) elle peut cependant s'observer dès le début.

Elle peut-être précédée ou accompagnée d'un certain nombre de signes :

Douleurs pelviennes.

Pertes de sang abondantes ou minimales (hémorragie distillante de Pozzi).

Expulsion de caduque.

Puis plus ou moins brutalement apparaît le tableau de la rupture :

Douleurs pelviennes intenses, irradiant dans diverses directions, parfois syncopales

Signes d'hémorragie interne plus ou moins abondante, mais en général moins marquée que dans l'hématocèle cataclysmique, et pouvant alors être confondu plus facilement avec les symptômes du shock.

A l'examen, on constate :

Contracture réflexe de l'abdomen, le plus souvent généralisée, rappelant le ventre de bois de la péritonite, mais parfois prédominante du côté de la rupture.

Peu de renseignements au toucher à cause de la difficulté d'examen. On a signalé cependant comme caractéristique une douleur vive au niveau du cul-de-sac postérieur de Douglas, cette douleur provoquée pouvant être

assez intense parfois pour déterminer une syncope.

Après un temps plus ou moins long se produit souvent une période d'accalmie succédant à la crise : les douleurs diminuent de violence, l'état général se remonte, la malade se réchauffe, le pouls devient mieux frappé.

La malade va alors entrer dans une nouvelle phase dite de réaction péritonéale :

Les douleurs reparaissent ou augmentent d'intensité, avec leurs irradiations diverses, douleurs à maximum pelvien, d'intensité d'ailleurs variable, pouvant parfois ne se manifester que par une simple sensation de gêne, de pesanteur, de corps étranger au niveau du petit bassin.

Le ventre se ballonne.

Des nausées, des vomissements apparaissent.

Une constipation opiniâtre s'établit, soit d'origine réflexe, soit due simplement à la compression.

Élévation de température, fièvre de résorption qui, dans les premiers jours, peut atteindre 39°.

L'hématocèle va alors entrer dans une nouvelle phase de son évolution, période d'enkystement sur laquelle nous reviendrons à propos de la 3^e forme : l'*hématocèle silencieuse*.

Dans ses deux phases, a) de rupture, b) de réaction péritonéale, l'hématocèle d'intensité moyenne peut être confondue avec l'appendicite aiguë.

1^{re} phase. — C'est le tableau de l'appendicite perforante. Brutalement, la malade étant jusque là en bonne santé, éclate un tableau dramatique.

Douleur abdominale intense.

Facies grippé.

Pouls filant.

Température normale ou en hypothermie.

Signes de shock qui peuvent être confondus avec les signes d'hémorragie de l'hématocèle.

Pendant retiendront l'attention :

Le point maximum de douleur, localisé au point de Mac Barney mais toujours difficile à rechercher et à préciser de façon exacte, tout l'abdomen étant contracturé, et la douleur étant souvent générale.

Les pertes de sang, symptôme de grosse valeur manquant dans l'appendicite, mais pouvant être d'autre part discret et inaperçu ou absent dans l'hématocèle.

L'expulsion d'une caduque, souvent caractéristique, en fer de lance, moulage de la cavité utérine. Mais, cette expulsion de caduque, d'une part est inconstante, d'autre part peut passer inaperçue ou être prise par un caillot.

2^e phase. — Là encore est grande la similitude avec le tableau de l'appendicite aiguë.

Le diagnostic est peut-être encore plus délicat du fait que l'hématocèle va s'accompagner, comme l'appendicite de signes souvent marqués de réaction péritonéale.

Les vomissements en général bilieux parfois panacés.

Le pouls qui reste rapide, en rapport avec l'abondance de l'hémorragie antérieure.

La température, fièvre de résorption, qui va apporter un élément de confusion encore plus grande avec la réaction appendiculaire.

Seuls, les renseignements fournis par le toucher qu'on ne doit ni oublier ni négliger de pratiquer et qui, d'autre part, peuvent être négatifs par suite de la difficulté d'examen, et la recherche précise du point maximum de la douleur, permettront d'éviter la confusion. Mais si le diagnostic peut-être établi avec l'appendicite de siège banal, habituel, il devient presque impossible lorsqu'on se trouve en présence de formes spéciales, en particulier de l'appendicite pelvienne.

Considérons en effet ce que dit M. Veau dans la pratique médico-chirurgicale, au sujet de l'appendicite pelvienne :

« L'appendicite pelvienne semble plus fréquente chez la femme (Barnsby).

La douleur siège plus bas que dans l'appendicite type.

Les irradiations douloureuses sont fréquentes vers la face interne de la cuisse. Les troubles vésicaux sont presque constants. La constipation est la règle.

Le ballonnement est ordinairement médiocre.

La palpation au point de Mac Burney est quelquefois indolore.

Le toucher rectal ou vaginal permet de reconnaître une tuméfaction.

En lisant cette description, on conçoit à quelles difficultés peut se heurter le diagnostic de l'appendicite avec l'hématocèle pelvienne.

3° *Hématocèle silencieuse.* — L'hémorragie interne est ici minime en se faisant très lentement.

C'est souvent par hasard, chez une femme se plai-

gnant de douleurs pelviennes plus ou moins vagues que l'on découvre dans le cul-de-sac de Douglas, une masse de consistance ferme en général, parfois ligneuse et qui n'est autre que l'hématocèle enkystée.

Son évolution latente, souvent méconnue, ne pose pas le diagnostic différentiel avec l'appendicite. Mais cette hématocèle peut s'infecter, suppurer, aboutissant à un abcès pelvien qu'on pourra d'autant plus facilement confondre avec un abcès d'origine appendiculaire, que la grossesse extra-utérine aura été le plus souvent méconnue.

En résumé, s'il est des cas où la rupture de la trompe gravide éclate avec une telle évidence que le diagnostic d'hématocèle s'impose, surtout à cause de l'intensité des signes d'hémorragie interne, il en est d'autres où la confusion entre les deux affections reste possible, cas d'hématocèle d'intensité moyenne rappelant le tableau de l'appendicite perforante ou de l'appendicite gangréneuse.

D'autre part, les signes de réaction péritonéale, qui au cours de l'hématocèle, apparaissent rapidement après son début, peuvent prêter à confusion avec l'appendicite et particulièrement avec les appendicites basses, pelviennes.

A l'appui de la discussion précédente nous citerons les deux observations suivantes :

Observation du Dr Potherat (*Société de Chirurgie 1902*).

Le 12 novembre, entre dans mon service une jeune femme de 34 ans. Ses dernières règles, qui d'ailleurs avaient été normales, dataient de vingt-huit jours.

Quinze jours avant son entrée, la malade avait perdu quelques gouttes de sang par la voie vaginale, et deux jours plus tard elle se levait avec la tête lourde, en proie à des vomissements violents et à des douleurs abdominales sourdes d'abord, puis vives en même temps que diffuses et plus marquées à gauche.

Tout se calma peu à peu. Huit jours plus tard mêmes accidents, et le médecin l'envoya à l'hôpital avec le diagnostic indécis d'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine ou d'appendicite.

L'examen que je pratiquai à ce moment me fit porter le diagnostic ferme d'appendicite. En effet, la malade ressentait une douleur nette, très vive, au point de Mac Burney, présentait de la défense musculaire au-devant de la fosse iliaque droite, et, plus profondément, il existait une masse arrondie, oblongue, avec submatité à la percussion. L'utérus était haut situé, mais les culs-de-sac restaient absolument souples.

Dans ces conditions, je repoussai nettement le diagnostic d'hématocèle et m'en tins à celui d'appendicite qui était d'ailleurs généralement accepté par plusieurs médecins et internes qui examinèrent la malade.

L'état général était assez fortement atteint, le facies grippé. Mais la température était à 37° et le pouls à 80°. J'ordonnai de la glace et la diète absolue et j'attendis.

Le 13 même état.

Le 14 le pouls était à 112 et l'état général s'aggravait, bien que la température restât à 37°. J'attends encore.

Mais le 15 le pouls est au-delà de 130 et l'état général encore plus grave, bien que la température reste stationnaire. Je décide d'opérer sans retard.

Incision de Roux. Ouverture de la paroi.

A ma grande surprise, je tombe sur un gros caillot occupant la fosse iliaque droite. Les anses intestinales sont baignées dans le sang pur, ou du moins une sérosité fortement hématique qui s'écoule en notable abondance.

L'examen de la trompe droite montre une paroi partout continue, mais l'exploration du pavillon révèle une large ouverture, par où l'hémorragie s'était produite.

J'évacue rapidement la fosse iliaque, et par l'incision faite à droite, sans agrandissement j'enlève les annexes droites.

Suture. Drainage. Guérison.

Observation du Dr Chevalier (*Société de Chirurgie*, 1902).

La femme K. 27 ans, entre le 16 septembre dans le service de M. Bary suppléé par M. Chevalier. C'est une nullipare sans antécédents.

Le 5 juillet règles normales.

En août, l'époque vient à manquer.

Vers le 12, métrorragie sans caillots se prolongeant pendant plusieurs jours.

Du 22 au 31 douleurs intermittentes dans la région lombaire. A ce moment, la malade prend un purgatif et expulse quelques caillots. Cet état dure jusqu'au 8 septembre. Un médecin, craignant une fausse couche, prescrit le repos et les injections chaudes.

Le 13, douleurs abdominales vives, lancinantes, très aiguës, siégeant au-dessus de l'ombilic et empêchant tout sommeil.

Le lendemain, vomissements alimentaires, douleurs abdominales très vives, surtout à droite.

Le 15 les douleurs augmentent encore et s'accompagnent de syncopes répétées.

Le 16 la malade rentre à l'hôpital et M. Chevalier trouve l'état suivant :

Température 38°. Pouls à 132, régulier, assez bien frappé. Ventre ballonné. Douleurs abdominales généralisées avec maximum à droite.

Submatité dans les flancs. Pertes légères de liquide rosé. La face présente une teinte subictérique, le facies est péritonique : yeux excavés, nez pincé. La langue reste humide avec anorexie. Soif vive. Frissons. Urines foncées, troubles, légèrement albumineuses.

Au toucher l'utérus semble augmenté de volume, mais on ne peut en percevoir le fond.

Il est refoulé à droite, douloureux à la pression. Les culs-de-sacs sont souples, indolores, le col est complètement fermé.

Le soir, la température est de 38°2, le pouls à 140.

Le 18, la malade se trouve mieux, température à 38,

pouls 128. Pas de céphalée. Plus de vomissements, pas de selles.

La douleur paraît localisée à droite.

En l'absence de renseignements précis, M. Chevalier pense à une collection suppurée d'origine appendiculaire et pratique l'incision de Roux. Il s'écoule une notable quantité de sang liquide.

L'incision fut alors agrandie et il tomba sur un amas de caillots noirâtres, au milieu desquels il trouva un fœtus de 4 centimètres.

Le 20 octobre, la malade sortait guérie.

B. -- Coexistence de la grossesse ectopique avec l'appendicite

Nous avons vu dans le chapitre précédent que le diagnostic de l'appendicite et de la grossesse ectopique pouvait être fort délicat par suite de la possibilité de superposition presque exacte des tableaux cliniques des deux affections. Cette difficulté persiste identique, sinon augmentée pour le diagnostic de leur coexistence.

En règle générale, du moins dans les observations que nous avons étudiées, et plus particulièrement dans celles que nous rapportons dans ce travail, il s'agit le plus souvent d'une femme ayant présenté antérieurement une ou plusieurs crises d'appendicite, et qui, plus ou moins brusquement, est prise de douleurs iliaques ou pelviennes.

La malade presque toujours compare ces douleurs à

celles de ses crises antérieures et les rapporte spontanément à une nouvelle crise appendiculaire.

Dans ces conditions, un examen superficiel peut égarer le diagnostic ou le rendre insuffisant, d'autant plus que l'idée de nouvelle crise que suggère souvent la malade, crée dans l'esprit du médecin une orientation fausse.

Seuls, l'interrogatoire précis sur les dates et les retards possibles des époques, d'une part, les résultats obtenus par le toucher d'autre part attireront l'attention sur la possibilité d'une grossesse ectopique concomitante.

Pourra-t-on établir à coup sûr le diagnostic de la coexistence des deux affections ? Nous ne le pensons pas, du moins dans la majorité des cas.

Il semble que le signe important de diagnostic soit la recherche serrée des points douloureux maxima. La découverte des deux points douloureux, l'un pelvien, l'autre appendiculaire, séparés par une zone non douloureuse ou moins nettement douloureuse serait un facteur important. Nous ne le trouvons signalé dans aucune observation, et il est probable que les irradiations diffusant la douleur rendent bien aléatoire, la recherche de ces points maxima.

« Quand il y a abcès appendiculaire, dit Jalaguier, le toucher permet de découvrir une induration irrégulièrement globuleuse, ou bombée, ou rénitente adhérente au côté droit du bassin et s'étendant parfois au-delà de la ligne médiane. *Elle se continue avec celle que l'on perçoit par le palper abdominal.*

Existe-t-il alors des cas où la perception d'une zone

vide intermédiaire aux deux tuméfactions appendiculaire et pelvienne apporte un élément important au diagnostic de coexistence ?

Nous ne pouvons que poser la question, ce signe n'étant, lui non plus, signalé dans aucune des observations que nous avons consultées.

Il semble donc, que même si la possibilité de coexistence est présente à l'esprit, cette coexistence sera difficile sinon impossible, à établir ou à vérifier cliniquement. On en sera le plus souvent réduit au diagnostic ferme soit de grossesse ectopique soit d'appendicite, avec, dans les cas les plus favorables, réserves au sujet de la possibilité de l'autre affection.

Il n'en est pas moins vrai que même incomplet le diagnostic ainsi posé sera intéressant et pourra entraîner des conséquences utiles, le seul soupçon de coexistence pouvant être suffisant pour indiquer des modifications de technique opératoire, ainsi que nous le verrons plus loin.

A l'appui de la discussion introduite dans ce chapitre, nous rappelons l'observation personnelle qui fut le point de départ de notre thèse et y joignons l'observation de Neild (*Lancet*, 1916).

Observation de Neild. — A case of ectopic gestation and appendicitis (*The lancet*, march 1910). La malade, d'environ 30 ans me fut adressée le 1^{er} avril 1915. Deux jours auparavant elle avait subi une forte crise de douleurs abdominales avec vomissements.

Malgré des alternatives de chaud et de froid, et bien

qu'elle pensât avoir de la fièvre, elle ne présenta aucune élévation de température.

A sa visite, la douleur avait disparu et la malade se sentait beaucoup mieux. Quelques mois auparavant elle avait eu de fréquentes attaques douloureuses qu'elle localisait dans sa fosse iliaque droite, mais moins intenses que la dernière.

Elle était convaincue d'être atteinte d'appendicite, mais par crainte de l'opération, ne m'en avait jamais parlé auparavant. Actuellement, elle accepterait l'intervention au cas où je la jugerais nécessaire.

Ses règles avaient été parfaitement régulières. Elle avait eu 2 enfants dont le plus jeune avait 2 ans.

Le poulx et la température étaient normaux.

L'abdomen suivait bien les mouvements respiratoires, mais il était plus tendu au point de Mac Burney.

Il y avait peu ou pas de contracture.

Je déclarais l'intervention nécessaire.

L'opération eut lieu le 10 avril.

Entre temps la malade avait eu ses règles et avait présenté une nouvelle crise douloureuse, mais peu intense.

En ouvrant l'abdomen, s'écoula un sang noir fluide. La trompe droite était augmentée de volume, en rapport avec une grossesse extra-utérine d'environ un mois.

La trompe droite n'était pas rompue, l'hémorragie s'étant produite à travers l'ostium abdominale.

La trompe et l'ovaire droits furent enlevés, de même que le sang qui remplissait le petit bassin.

L'appendice fut alors examiné. Il était court, considérablement épaissi, et fixé solidement par des adhérences. Celles-ci furent rompues et l'appendice enlevé.

La guérison survint par première intention et la malade quitta la maison de santé le 15 avril.

Trois semaines plus tard elle se sentait en meilleure santé que jamais.

Je pense, que les nombreuses crises douloureuses présentées par cette malade, étaient dues à l'état de cet appendice, tandis que la dernière et forte crise avait été provoquée par la production de l'hémorragie.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

L'influence de la grossesse ectopique sur l'appendicite ou sa réciproque se résume à 3 faits :

1° Les tiraillements, la rupture possible d'adhérences appendiculaires ou de l'appendice lui-même, rupture résultant de l'augmentation de volume de la poche. Nous n'avons aucune observation relatant le cas et nous ne pensons pas que cette alternative soit fréquente, même dans le cas où, la grossesse continuant acquiert un gros volume, car ces tractions et ces tiraillements se font alors très lentement, progressivement.

2° La rupture de la poche, favorisée par des adhérences qui peuvent la brider, gêner son développement.

3° Le voisinage au contact soit d'une grossesse extra-utérine, soit d'un hématoécèle, d'un foyer septique d'appendicite.

Envisagé dans son ensemble, le pronostic de cas opérés semble assez bon. Sur les 12 observations étudiées on ne trouve qu'un décès dû à l'anémie aiguë entraînée par la rupture.

Deux ont guéri après s'être compliqués de phlébite.

Dix ont guéri sans complications notées.

CHAPITRE VI

DU TRAITEMENT

Les indications opératoires de la grossesse extra-utérine ou de l'hématocèle coexistant avec une appendicite sont encore renforcées par leur coexistence.

Il est en effet hors de discussion qu'il faut enlever dès que possible, et souvent d'urgence la lésion pelvienne et l'appendice. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Et l'on peut conclure que le diagnostic ferme d'une des deux affections avec seulement soupçon de la coexistence de l'autre doit supprimer toute hésitation et tout retard.

De la technique même de l'opération nous ne dirons que peu de chose : Un seul fait dans les observations que nous avons consultées semble prêter à discussion : le siège de l'incision.

Dans une des observations d'Aguinet, nous relevons :

« *Incision large* selon le tracé de Roux, au niveau de la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine il

s'échappe un flot de sang avec caillots nombreux et volumineux. *L'incision est agrandie vers le pelvis* ».

Dans une autre observation du même auteur :

« Incision de la fosse iliaque droite. Il s'échappe un flot de sang noir et on tombe sur un caillot commençant à s'organiser. Une hémorragie abondante se déclare. *L'hémostase et la ligature sont pénibles à cause de l'incision latérale.*

De même dans l'observation de Chevalier.

De même dans la première observation de Témoin, où l'auteur après avoir fait une incision latérale fait une colpotomie, puis une laparotomie médiane.

Enfin nous ne faisons que signaler deux observations de Legueu où l'intervention par incision latérale droite rencontra de très grosses difficultés, les grossesses tubaires ayant donné lieu à des hématocèles, se trouvant siéger du côté gauche.

Donc, et malgré les difficultés qu'on peut rencontrer par l'incision médiane pour l'ablation d'un appendice profond et adhérent (observation personnelle) celle-ci semble cependant préférable aux incisions latérales, ces dernières exposant d'ailleurs, lorsqu'elles sont étendues, à des hémorragies assez considérables (de Martel).

Drainage. — Sur les observations consultées, sept des malades ont été drainées après l'intervention et quatre non drainées. Deux de ces dernières ont vu leur convalescence se compliquer de phlébite.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse extra-utérine, au même titre que la grossesse normale, par la stase intestinale qu'elle peut entraîner, semble pouvoir, dans une certaine mesure, favoriser ou aggraver l'appendicite.

II. — Dans les cas de coexistence, l'appendicite peut vraisemblablement être un facteur adjuvant d'avortement ou de rupture tubaire. Mais son rôle dangereux découle surtout du foyer d'infection qu'elle représente. (Suppuration de l'hématocèle).

III. — En cas de coexistence, le diagnostic est toujours délicat, parfois impossible à établir de façon précise et complète, certains signes de grossesse extra-utérine (douleurs, vomissements) pouvant être rapportés à l'existence d'une appendicite qui s'est déjà manifestée antérieurement.

IV. — La coexistence rend formelle l'indication opératoire. En cas de doute, l'incision qui nous paraît la meilleure, parce que permettant une bonne exploration, est celle de la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — Thèse de Paris, 1903.
- BAZALGETTE. — Les grossesses tubaires méconnues (*Thèse de Paris*, 1905).
- BARNSBY. — *Thèse de Paris*, 1898. Congrès français de chirurgie, 1902.
- BONIFAZI. — Des causes d'erreurs dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Lausanne*, 1912).
- CAZIN. — *Paris chirurgical* (février 1910).
- CELOS. — *Thèse de Paris*, 1902).
- DEAVER. — Rapport de l'appendicite avec les affections des annexes et la grossesse. (*Méd. News*, 1897).
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*. (Paris, Doin Editeur).
- FERQ. — L'appendicite et la grossesse extra-utérine.
- FRAENKEL. — Die appendicitis. (*In ihren Beziehungen zur Geburstshülfe und Gynakologie*).
- NOERRMANN. — Appendicite et grossesse extra-utérine. (*Münch gyn. Gesells*, 1907).
- JACOBS. — Grossesse extra-utérine. (*Gynécologie et obstétrique de Bruxelles*, 1911).
- LEGUEU. — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine

rompue et l'appendicite. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris 1902).

— De l'appendice en gynécologie. (*Gynécologie*, 1902).

LINDNER. — Appendicitis und graviditas. (*Archiv. f. Gynach.*, 1907).

NEILD. — A case of ectopic gestation and appendicitis. (*Lancet*, 1916).

PELLET. — Coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Lyon*, 1908).

PINARD. — Rapports de l'appendicite et de la grossesse. (*Revue de Chirurgie*, 1900).

PROUST. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. (*Paris*).

POTHERAT. — *Société de Chirurgie*, 1902).

ROSTHERU. — Appendicitis und Erkrankungen der Aduexa uteri.

TÉMOIN. — Association française de Chirurgie. (*Congrès de 1903*).

THÉLIN. — Du diagnostic de la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Lausanne*, 1908).

VEAU. — De l'appendicite. (*Pratique médico-chirurgicale*).



